



Il/la sottoscritto/a

Nato/a ail.....

Residente in..... prov. di.....

Vian.....

Tel. Cell. Email.....

Ragione sociale, P.IVA/C.F. (per intestazione fattura)

In possesso del titolo di studio di.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il corso di aggiornamento organizzato dall'Istituto europeo per la medicina osteopatica (affiliato al Registro degli osteopati d'Italia - ROI), dal titolo:

avendo preso atto dell'importo dovuto, come indicato nella Scheda di Programma pubblicata, e impegnandosi al versamento nei tempi e nei termini descritti.

Data/e del corso

Sede del corso

Data di iscrizione..... Firma leggibile